EURÓPSKA
KOMISIA

V Bruseli 2. 3. 2021
COM(2021) 92 final

SPRÁVA KOMISIE EURÓPSKEMU PARLAMENTU A RADE

o využívaní cestovného zdravotného poistenia podľa článku 15 nariadenia (ES) č. 810/2009 držiteľmi víz počas ich pobytu v členských štátoch

SPRÁVA KOMISIE EURÓPSKEMU PARLAMENTU A RADE

o využívaní cestovného zdravotného poistenia podľa článku 15 nariadenia (ES) č. 810/2009 držiteľmi víz počas ich pobytu v členských štátoch

I. Úvod

Od roku 2004[1] musia žiadatelia o krátkodobé víza predkladať doklad o *„primeranom a platnom cestovnom zdravotnom poistení“*, ktoré pokryje naliehavé lekárske ošetrenie alebo repatriáciu z dôvodu nepredvídaných zdravotných ťažkostí počas ich pobytu v členských štátoch EÚ. Pre rozhodnutie Rady, ktorým sa tieto pravidlá stali uplatniteľnými, sa vtedy nevyžadovalo posúdenie vplyvu a nevykonala sa ani žiadna iná forma podrobnej analýzy vplyvu opatrenia. Tieto ustanovenia boli bez toho, aby došlo k zmenám podstaty, začlenené do článku 15 vízového kódexu [nariadenie (ES) č. 810/2009].[2]

Hoci sa pri podaní žiadosti o krátkodobé víza vyžaduje predloženie primeraného cestovného zdravotného poistenia (ďalej len „poistenie“), vlastníctvo takéhoto poistenie nie je podmienkou vstupu[3], ktorá by sa kontrolovala na vonkajších hraniciach EÚ. Od štátnych príslušníkov tretích krajín, na ktorých sa nevzťahuje vízová povinnosť, a budúcich žiadateľov v rámci systému ETIAS[4] sa preto nevyžaduje, aby pri cestovaní do EÚ predložili doklad o tom, že majú poistenie. Výsledkom je rozdielne zaobchádzanie so štátnymi príslušníkmi tretích krajín, ktorí sú oslobodení od vízovej povinnosti, a tými, na ktorých sa vzťahuje vízová povinnosť.

V návrhu na prepracovanie vízového kódexu z roku 2014 Komisia navrhla upustiť od podmienky uzatvorenia poistenia. Návrh bol motivovaný praktickými problémami súvisiacimi s podmienkou uzatvorenia poistenia (pozri nižšie), skutočnosťou, že požiadavka mať poistenie sa na vonkajších hraniciach nekontroluje, a skutočnosťou, že sú k dispozícii len veľmi obmedzené dôkazy[5] týkajúce sa vymáhania nárokov plynúcich z poistných zmlúv. Rada zamietla návrh, ktorý naopak získal podporu v Európskom parlamente. Komisia nakoniec v roku 2018 návrh prepracovaného znenia stiahla.

Komisia vo svojom návrhu na cielenú revíziu vízového kódexu v roku 2018 nenavrhla žiadne zmeny v ustanoveniach o poistení. Európsky parlament a Rada sa dohodli, že poveria Komisiu vypracovaním správy s cieľom preskúmať efektívnosť tohto opatrenia. Podľa článku 2 ods. 3

---

1 Rozhodnutie Rady z 22. decembra 2003, ktorým sa mení a dopĺňa časť V bod 1.4 spoločných konzulárnych pokynov a časť I bod 4.1.2 spoločnej príručky, pokiaľ ide o začlenenie požiadavky cestovného zdravotného poistenia ako jedného z podporných dokladov na udelenie jednotného vstupného víza (2004/17/ES) (Ú. v. EÚ L 5, 9.1.2004, s. 79).

2 Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 810/2009 z 13. júla 2009, ktorým sa ustanovuje vízový kódex Spoločenstva (vízový kódex) (Ú. v. EÚ L 243, 15.9.2009, s. 1).

3 Článok 6 ods. 1 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/399 z 9. marca 2016, ktorým sa ustanovuje kódex Únie o pravidlách upravujúcich pohyb osôb cez hranice (Kódex schengenských hraníc) (Ú. v. EÚ L 77, 23.3.2016, s. 1).

4 Európsky systém pre cestovné informácie a povolenia.
Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2018/1240 z 12. septembra 2018, ktorým sa zriaďuje Európsky systém pre cestovné informácie a povolenia (ETIAS) a ktorým sa menia nariadenia (EÚ) č. 1077/2011, (EÚ) č. 515/2014, (EÚ) 2016/399, (EÚ) 2016/1624 a (EÚ) 2017/2226 (Ú. v. EÚ L 236, 19.9.2018, s. 1).

5 SWD(2014) 101 final.

nariadenia (EÚ) 2019/1155, ktorým sa mení nariadenie (ES) č. 810/2009[6], vypracuje Komisia správu, ktorá sa zašle Európskemu parlamentu a Rade a ktorej základom budú *„relevantné dostupné údaje o využívaní cestovného zdravotného poistenia zo strany držiteľov víz počas ich pobytu na území členských štátov, ako aj o nákladoch, ktoré vznikli vnútroštátnym orgánom alebo poskytovateľom zdravotníckych služieb v súvislosti s držiteľmi víz“*, poskytnuté členskými štátmi.

V súlade s týmto ustanovením sú v tejto správe uvedené výzvy (z ktorých niektoré už boli zdokumentované) súvisiace s podmienkou uzatvorenia poistenia, všeobecné zhrnutie odpovedí členských štátov EÚ vrátane odpovedí týkajúcich sa možného vplyvu pandémie ochorenia COVID-19 a návrhy na ďalšie kroky.

1. Výzvy týkajúce sa konania o udelení víza a chýbajúceho presadzovania na hraniciach

Zatiaľ čo sa zdá, že získanie poistenia nie je pre žiadateľov problematické, predchádzajúce analýzy a časté diskusie vo výbore pre víza a v rámci miestnej schengenskej spolupráce ukázali, že podmienka uzatvorenia poistenia spôsobuje problémy vo viacerých iných aspektoch.

– Právny základ

Podľa článku 15 vízového kódexu musia žiadatelia predložiť doklad o tom, že majú *„primerané a platné“* poistenie, ktoré má pokryť *„všetky výdavky, ktoré by mohli vzniknúť v súvislosti s repatriáciou zo zdravotných dôvodov, z dôvodov naliehavého lekárskeho ošetrenia a/alebo naliehavej nemocničnej liečby alebo úmrtia počas pobytu na území členských štátov“*. Osoby, ktoré žiadajú o vízum na viac vstupov, musia predložiť takýto doklad na obdobie prvého plánovaného pobytu. Pri podávaní žiadosti je dotknutá osoba podpísaním formuláru žiadosti oboznámená s tým, že pri všetkých budúcich pobytoch musí mať poistenie.

Poistenie má pokryť obdobie pobytu držiteľa víza v členských štátoch EÚ. Minimálne poistné krytie je 30 000 EUR (úroveň stanovená v roku 2004) a nároky na plnenie musia byť vynútiteľné v členskom štáte EÚ.

– Lehoty na predloženie poistenia

Žiadateľ musí predložiť poistenie pri podaní žiadosti o vízum. Žiadatelia musia preto predložiť poistenie, ktoré pokrýva obdobie plánovaného pobytu, ešte než sa dozvedia, či a na aké dlhé obdobie im bude vízum udelené. Okrem toho niektoré konzulárne úrady nesprávne trvajú na tom, že poistenie musí pokrývať celé obdobie platnosti[7] víza. Niektoré konzulárne úrady rozhodujú o dĺžke platnosti víza na základe platnosti predloženého poistenia, čo nebolo zámerom zákonodarcov.

---

[6] Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2019/1155 z 20. júna 2019, ktorým sa mení nariadenie (ES) č. 810/2009, ktorým sa ustanovuje vízový kódex Spoločenstva (vízový kódex) (Ú. v. EÚ L 188, 12.7.2019, s. 25).

[7] Obdobie povoleného pobytu: počet dní, počas ktorých má držiteľ víza povolenie na pobyt, napr. 30 dní. Obdobie platnosti víza: k obdobiu povoleného pobytu sa pridáva obdobie 15 dní, aby sa držiteľovi víza umožnilo jeho flexibilné využitie (plány alebo lety sa môžu zmeniť atď.), čo znamená, že osoba môže byť držiteľom víza platného počas 45 dní umožňujúceho pobyt v dĺžke 30 dní. Cestovné zdravotné poistenie má pokrývať obdobie 30 dní.

Niektoré poisťovne umožňujú neskoršie zrušenie poistných zmlúv. To je síce výhodou pre ľudí, ktorých žiadosť bola zamietnutá a ktorí by v opačnom prípade prišli o peniaze vynaložené na poistenie, ale je to takisto prostriedok, ako sa vyhnúť splneniu tejto požiadavky po tom, ako bolo udelené vízum.

Žiadatelia musia predložiť doklad o poistnom krytí pre prvý plánovaný pobyt, ak žiadajú o vízum na viac vstupov s dlhou platnosťou alebo sú oprávnení ho získať. Podpísaním formulára žiadosti sú žiadatelia oboznámení s tým, že musia mať poistenie pre následné cesty. Táto skutočnosť sa pri vstupe nekontroluje a neexistujú žiadne dôkazy o tom, že sa táto požiadavka dodržiava.

- **Kontroly zdravotného poistenia zo strany konzulárnych úradov**

Z hľadiska konzulárnych úradov je problematické a časovo náročné kontrolovať, či podrobné a vysoko technické poistné zmluvy skutočne ponúkajú potrebné záruky krytia. Výzva je ešte väčšia vzhľadom na to, že veľmi široká formulácia článku 15 vízového kódexu neumožňuje rýchle kontroly súladu. Ťažkosti súvisiace s vykonávaním dôsledných kontrol sa odráža aj v problémoch, o ktorých informoval sektor zdravotníctva (pozri nižšie).

V niektorých lokalitách členské štáty EÚ na základe výmeny informácií stanovenej v článku 48 ods. 3 písm. d) vízového kódexu, kolektívne vypracovali zoznam „odporúčaných poisťovní“, v prípade ktorých kontrola potvrdila, že ich produkty zodpovedajú požiadavkám. Okrem toho, že sa tým pre všetkých uľahčí úloha vykonávať posúdenie, ide aj o snahu motivovať žiadateľov k tomu, aby si vybrali jedno z poistení uvedených v zozname, a tým obmedziť počet rôznych predkladaných poistných zmlúv. V niektorých lokalitách sa potvrdilo, že existencia takýchto zoznamov je účinný nástroj, pretože poisťovne žiadajú o začlenenie (aj keď sa nepredpokladá zavedenie žiadnej takejto formálne žiadosti) a majú záujem zostať v zozname. Zoznam „odporúčaných“ poistení môže takisto ubezpečiť žiadateľov, že sú náležite poistení. Vo väčšine lokalít sa vykonanie takéhoto kolektívneho posúdenia považuje za nemožné vzhľadom na počet dostupných poistných zmlúv vrátane tých, ktoré sú na internete. Pravidlá hospodárskej súťaže však bránia tomu, aby boli poistné zmluvy zamietnuté na základe toho, že nie sú uvedené v takýchto zoznamoch „odporúčaných“ poistení, ak spĺňajú kritériá stanovené vo vízovom kódexe.

- **Nevykonávania overovania na vonkajších hraniciach**

Ako už bolo uvedené, na vonkajších hraniciach sa nekontroluje, či má osoba poistné krytie. Preto záleží len na čestnosti držiteľov víz, či pri prekračovaní vonkajších hraníc majú platné poistenie, ktoré pokrýva obdobie ich pobytu, a či dodržiavajú požiadavku pri každej ceste s vízom na viac vstupov (ktoré môže byť platné až päť rokov).

2. Výzvy oznámené sektorom zdravotníctva

Komisia vykonala predbežný prieskum (2019 – 2020) týkajúci sa tejto otázky, pričom sa obrátila na verejné zdravotnícke zariadenia a agentúry v členských štátoch EÚ. Väčšina z nich uviedla, že nie je schopná poskytnúť ďalšie podrobnosti o využívaní poistenia, pretože takéto údaje sa nezbierajú centrálne. Napriek tomu boli hlásené tieto nedostatky:

- Častá absencia finančného krytia, buď v dôsledku toho, že na obdobie pobytu nebolo uzavreté žiadne poistenie, alebo preto, že jeho platnosť uplynula pred ukončením liečby

(najmä ak sa pobyt osôb musel predĺžiť z dôvodu ich zdravotného stavu), prípadne preto, že ho poistená osoba vedome ukončila pred ukončením svojho pobytu.

- Nedostatočné poistné krytie, najmä v prípade, že je maximálna výška náhrady výdavkov na starostlivosť veľmi nízka. Existuje aj problém s krytím plánovateľnej starostlivosti (napr. ošetrovateľská starostlivosť po ošetrení na centrálnom príjme alebo prípady, keď je po ošetrení na centrálnom príjme potrebná ďalšia nesúvisiaca liečba). Takéto prípady nie sú (úplne) kryté poistnými zmluvami.
- Poisťovne často neposkytujú náhradu nákladov z dôvodu klauzúl o vylúčení alebo preto, že pacient má už existujúce ochorenie (ochorenia), t. j. anamnézu, ktorá významným spôsobom zvyšuje pravdepodobnosť, že môže nastať riziko zahrnuté do krytia.
- Neprimerané požiadavky, ktorými sa podmieňuje náhrada: v niektorých prípadoch sa náhrada poskytne len za podmienok, ktoré nie sú zlučiteľné s lekárskym tajomstvom (napr. vyžiadanie si lekárskych správ pred náhradou nákladov).
- Pacienti, ktorých po prepustení nie je možné vysledovať, a ťažkosti pri kontaktovaní poisťovne v zahraničí. Pacient napríklad oznámi údaje o svojom poistení nemocnici, ale poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nedostanú odpovede od poisťovní. Ak neexistuje poisťovateľ ako tretia strana, ktorá by pokryla náklady, nemocnice sú nútené fakturovať náklady priamo pacientovi bez záruky, že budú uhradené.
- Väčšina nemocníc uplatňuje politiku predbežnej indikácie ceny a následného vystavenia faktúry priamo pacientovi. Toto prirodzene nie je možné vykonať v naliehavých prípadoch.
- Pacienti často musia zostať hospitalizovaní dlhšie, než je dĺžka platnosti ich víza, alebo je potrebné previezť ich do ďalšej nemocnice. V takých prípadoch poisťovne odmietajú uhradiť náklady.
- Problémy súvisia aj s úrovňou krytia, ktoré sa považuje za nedostatočné na pokrytie následnej liečby a starostlivosti, ktoré obvykle nikdy nie sú zahrnuté. Napriek tomu sa takáto liečba často vykonáva.

II. Výsledky zisťovania z roku 2020 o poistení a vzniknutých nákladoch

Členské štáty EÚ boli vyzvané, aby poskytli *„relevantné údaje o využívaní cestovného zdravotného poistenia zo strany držiteľov víz počas ich pobytu na území členských štátov, ako aj o nákladoch, ktoré vznikli vnútroštátnym orgánom alebo poskytovateľom zdravotníckych služieb v súvislosti s držiteľmi víz“*, na základe týchto otázok:

- *Ako sa vykonáva kontrola primeraného a platného cestovného zdravotného poistenia v prípade držiteľov víz, ktorí počas svojho pobytu potrebujú naliehavé lekárske ošetrenie? Čo sa stane, ak ho nemajú?*
- *Aké údaje sa zbierajú o zdravotnej starostlivosti poskytnutej držiteľom krátkodobých víz a o poistení, ktoré majú?*
- *Ktorá organizácia je zodpovedná za zber takýchto údajov?*

- *Aká je politika v prípade neuhradených faktúr za zdravotnú starostlivosť? Je snaha tieto dlhy vymáhať? Aká je miera úspešnosti pri vymáhaní neuhradených faktúr za lekárske ošetrenie od pacientov alebo poisťovní?*
- *Aká je (odhadovaná) celková suma neuhradených faktúr za lekárske ošetrenie v prípade držiteľov krátkodobých víz (2019)? Aká je táto suma v porovnaní s neuhradenými faktúrami za lekárske ošetrenie v prípade iných kategórií štátnych príslušníkov tretích krajín (návštevníci v bezvízovom režime, osoby, ktoré sú držiteľmi povolenia na pobyt alebo dlhodobých víz)?*

Členské štáty EÚ boli vyzvané, aby zbierali vstupy od celej škály orgánov verejnej správy a zainteresovaných strán vo svojej krajine vrátane zdravotníckych orgánov, poisťovacích organizácií a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

1. Odpovede členských štátov EÚ

Odpovede poskytli všetky členské štáty EÚ28 okrem jedného, ako aj štáty pridružené k schengenskému priestoru, aj keď úrovne informácií poskytnutých v rámci odpovedí sa značne líšili. Šestnásť respondentov vykonalo prešetrovanie v rámci rôznych vládnych orgánov, ale dôslednosť prešetrovania je rôzna. Zostávajúci respondenti obmedzili svoje odpovede na vyhlásenie, že „nie sú k dispozícii žiadne údaje“.

Pokiaľ ide o podstatu odpovedí, spoločnou črtou je, že vo všeobecnosti neexistuje formalizovaný centrálny zber údajov o zdravotnej starostlivosti poskytovanej štátnym príslušníkom tretích krajín a nezbierajú sa žiadne údaje o právnom základe pobytu daného pacienta, ktorý je štátnym príslušníkom tretej krajiny (napr. držiteľa krátkodobého víza, cestujúceho v bezvízovom režime), keď sa mu poskytuje lekárske ošetrenie. Niektoré odpovede obsahujú podrobný opis vnútroštátnej organizácie zdravotnej starostlivosti a vymáhania platieb, zatiaľ čo iné poskytujú veľmi všeobecné odpovede. Niektoré členské štáty EÚ poskytli konkrétne údaje o neuhradených faktúrach za lekárske ošetrenie vystavených v prípade štátnych príslušníkov tretích krajín, ale metódy výpočtu a zahrnuté obdobia neumožňujú žiadne zmysluplné porovnanie.

- **Všeobecná záruka poskytnutia naliehavého lekárskeho ošetrenia**

Naliehavé lekárske ošetrenie vo všeobecnosti poskytujú verejné nemocnice vo všetkých členských štátoch EÚ pre všetkých ľudí bez ohľadu na pobyt alebo stav víza a na to, či majú zdravotné poistenie. Okrem toho niekoľko členských štátov EÚ uzavrelo s určitými tretími krajinami, na ktoré sa vzťahuje vízová povinnosť, dvojstranné dohody týkajúce sa lekárskeho ošetrenia, čo znamená, že náklady na akúkoľvek liečbu sa v prípade držiteľov víz, ktorí sú štátnymi príslušníkmi týchto krajín pravdepodobne uhradia aj vtedy, ak nemajú poistenie.

- **Kontroly existencie uzavretého poistenia vykonávané zdravotníckymi zariadeniami**

Poskytnutie lekárskeho ošetrenia nie je podmienené tým, či má daná osoba poistenie. Väčšina členských štátov EÚ však uvádza, že v závislosti od stavu pacienta pri prijatí môžu zdravotnícke zariadenia vyžadovať pred ošetrením poistenie, ale nie je zavedený žiadny jednotný prístup. Vo väčšine prípadov sa od pacienta požaduje, aby predložil takýto doklad po ošetrení alebo aby nemocnici priamo uhradil platbu, alebo sa platba neskôr vyúčtuje poisťovateľovi.

Niektoré zdravotnícke zariadenia členských štátov EÚ požadujú od pacienta zálohu (napr. vo výške 300 EUR alebo menej), pričom v takom prípade je vymáhanie súm od poisťovní irelevantné. Iné zariadenia požadujú od všetkých osôb, ktoré nemajú pobyt v EÚ, alebo v relevantných prípadoch od pozývajúcej osoby/sponzora, aby zaplatili za ošetrenie priamo.

– **Nedostatok údajov na zistenie toho, či držitelia víz svoje poistenie využívajú**

Pri zbere osobných údajov pacientov sa môžu zbierať aj informácie o ich štátnej príslušnosti. Informácie o podmienkach pobytu (t. j. či má jednotlivec vízum alebo povolenie na pobyt) ošetrených osôb sa nezbierajú centrálne, ale možno ich uchovávať na úrovni nemocnice alebo na regionálnej úrovni. Niektoré členské štáty EÚ vykonali *ad hoc* zisťovania týkajúce sa štátnych príslušníkov tretích krajín, ktorým bolo poskytnuté lekárske ošetrenie, ale bez rozlíšenia podmienok pobytu alebo pokrytia dvojstrannými dohodami o lekárskom ošetrení.

Tri členské štáty EÚ uviedli, že sa vykonávajú náhodné kontroly na vonkajších hraniciach s cieľom skontrolovať, či majú držitelia víz platné poistenie. Jeden z týchto troch štátov uvádza, že absencia uzavretého poistenia môže viesť k odvolaniu víza na základe toho, že takáto osoba už nespĺňa jednu z podmienok na udelenie víza.

– **Vymáhanie neuhradených faktúr za lekárske ošetrenie**

Zdá sa že žiadny členský štát EÚ neuplatňuje prierezové pravidlá ani usmernenia na vymáhanie neuhradených faktúr z nemocnice. Dôvodom je aj decentralizovaný systém zdravotnej starostlivosti vo väčšine členských štátov EÚ, v rámci ktorého sa zavedenie postupov prenecháva jednotlivým zariadeniam.

Všetky členské štáty EÚ potvrdzujú, že vymáhanie od jednotlivcov alebo poisťovní v zahraničí je mimoriadne náročné (z hľadiska času a nákladov).

V niektorých členských štátoch EÚ existujú vnútroštátni „zaisťovatelia“ vo forme verejných agentúr patriacich pod ministerstvo zdravotníctva, ktorí pokrývajú náklady nemocnice na neuhradené faktúry, ale nemajú žiadne prostriedky, aby vymáhali platby od pacienta alebo poisťovateľa.

Viacero členských štátov EÚ uvádza, že odhadujú neuhradené faktúry za lekárske ošetrenie pri liečbe cudzích štátnych príslušníkov (bez rozlíšenia štátnej príslušnosti) v rozsahu od 10 % do 60 %, ale len jeden štát poskytol údaje o neuhradených faktúrach za lekárske ošetrenie osobitne za držiteľov krátkodobých víz z jedného regiónu krajiny (65 %). Tento členský štát EÚ takisto uvádza, že podiel neuhradených faktúr za lekárske ošetrenie v prípade štátnych príslušníkov tretích krajín, ktorí môžu cestovať do EÚ bez víz (a bez poistenia), je 62 %. Vzhľadom na uvedené skutočnosti je ťažké argumentovať, že táto požiadavka má skutočný význam.

2. Súčasný stav: neexistuje jasný prehľad

Skúsenosti členských štátov EÚ sú značne rozdielne, najmä z dôvodu rozdielov v systémoch zdravotnej starostlivosti. Naliehavé lekárske ošetrenie sa poskytuje všade a krytie nákladov je sekundárna otázka. V niektorých členských štátoch EÚ sa na lekárske ošetrenie vzťahujú dvojstranné dohody o zdravotnej starostlivosti s tretími krajinami bez ohľadu na to, či dotknutá

osoba má alebo nemá poistenie. Situácie sa líšia aj v závislosti od toho, či sa zdravotná starostlivosť vykonáva v rámci súkromnej obchodnej „zmluvy“, poskytujú ju priamo štátne zariadenia alebo je kombináciou týchto dvoch možností, pričom štát je „zaisťovateľ“. Sumy, ktoré podľa odhadov členských štátov EÚ predstavujú neuhradené faktúry za lekárske ošetrenie, sa do veľkej miery líšia. Niektoré členské štáty EÚ sú presvedčené, že tento problém je zanedbateľný, pričom uvádzajú, že „držitelia víz svoje liečebné náklady uhrádzajú“, avšak bez toho, aby to podložili dôkazmi. Iné považujú túto otázku za závažný problém a konštatujú, že finančný limit krytia vo výške 30 000 EUR je nedostatočný.

Mať poistenie nie je podmienkou vstupu, a preto sa pri vstupe nekontroluje a neexistujú žiadne dôkazy, že držitelia víz majú pri každej ceste primerané poistenie.

Okrem toho je zber presných údajov o neuhradených faktúrach vystavených držiteľom krátkodobých víz zložitý a pravdepodobne neexistuje. Dôvody neuhradenia faktúr (vystavených štátnym príslušníkom tretích krajín) tak zostávajú neznáme a je potrebné objasniť viaceré aspekty, napríklad:

- Aký je podiel držiteľov krátkodobých víz, ktorí počas pobytu potrebujú naliehavé lekárske ošetrenie a ktorí nemajú žiadne poistenie alebo je ich poistenie nedostatočné?
- Môže byť nedostatočné poistné krytie vysvetlené skutočnosťou, že súčasný právny základ nestanovuje jasne požiadavky, na základe ktorých sa má poistenie považovať za primerané?
- Je úroveň krytia (30 000 EUR) príliš nízka na to, aby pokryla všetky náklady?
- Z akých dôvodov poisťovne odmietajú pokryť vzniknuté liečebné náklady?
- Prečo zdravotnícke zariadenia sumy nevymáhajú? Je dôvodom nízka miera úspešnosti alebo skutočnosť, že nakoniec dlhy uhradia ústredné orgány?

Dodatočným, no podstatným problémom je skutočnosť, že neexistujú žiadne dôkazy, že štátni príslušníci tretích krajín, na ktorých sa vzťahuje vízová povinnosť, predstavujú v oblasti zdravotnej starostlivosti odlišné problémy než štátni príslušníci tretích krajín, ktorí môžu cestovať do EÚ bez víz[8] (pozri vyššie). Je preto veľmi sporné, či sú rozdielne požiadavky pre tieto kategórie cestujúcich odôvodnené.

Niektoré členské štáty EÚ vo svojich odpovediach argumentujú, že požiadavka sa má chápať aj ako prostriedok na ochranu cestujúcich v prípade, že by počas svojho pobytu potrebovali naliehavé lekárske ošetrenie. Táto obava by sa však mala vzťahovať na všetkých štátnych príslušníkov tretích krajín cestujúcich do EÚ.

[8] V roku 2019 bolo udelených približne 15 miliónov krátkodobých víz, pričom viac ako 50 % z nich predstavovali víza na viac vstupov.
V porovnaní s tým sa v správe o technickej štúdii o inteligentných hraniciach dospelo k záveru, že očakávaný počet prekročení vonkajších hraníc v roku 2020 v prípade štátnych príslušníkov tretích krajín v bezvízovom režime predstavuje 104 miliónov.

3. Vplyv pandémie ochorenia COVID-19

V dôsledku pandémie ochorenia COVID-19 a zavedenia celosvetových cestovných obmedzení došlo od konca marca 2020 k náhlemu a takmer úplnému zastaveniu udeľovania víz a veľký počet držiteľov víz, ktorí sa nachádzali v členských štátoch EÚ, nebol schopný odísť pred uplynutím platnosti ich víza. Pandémia ešte viac zdôraznila naliehavú potrebu vyhodnotiť účinnosť poistenia a členským štátom boli položené tieto otázky:

- *Aký je vplyv súčasnej pandémie ochorenia COVID-19? Zaznamenali ste počas tohto obdobia nejaké zmeny* vo *vzťahu k neuhradeným faktúram za zdravotnú starostlivosť? Ak takéto údaje ešte nemáte k dispozícii, mali by ste uviesť, kedy ich budete mať.*
- *Aké ustanovenia o zdravotnom poistení a lekárskej starostlivosti sa vzťahujú na držiteľov krátkodobých víz, ktorí musia zostať v schengenskom priestore dlhšie ako 90 dní z dôvodu pandémie ochorenia COVID-19?*

Odpovede členských štátov EÚ na tieto otázky boli veľmi podobné: je príliš skoro na vyvodenie záveru, či pandémia mala vplyv na situáciu, ale nízky počet cestujúcich, ktorí sú štátnymi príslušníkmi tretích krajín (ktorí sú v bezvízovom režime alebo na ktorých sa vzťahuje vízová povinnosť), naznačuje, že vplyv nebude žiadny. Väčšina členských štátov EÚ nevyžadovala od osôb, ktoré nedobrovoľne prekročili dĺžku oprávneného pobytu, aby uzatvorili poistenie na svoj predĺžený pobyt, a počas tohto obdobia sa vždy poskytlo prípadné naliehavé ošetrenie. Osoby, ktoré by počas svojho predĺženého pobytu potrebovali iné druhy lekárskeho ošetrenia, by museli uhradiť náklady samy.

Od novembra 2020 začali členské štáty EÚ znovu spracúvať malý počet žiadostí o víza po celom svete a objavil sa aspekt týkajúci sa poistenia v priamej súvislosti s pandémiou ochorenia COVID-19. Z námatkových kontrol vykonaných v apríli 2020 je zrejmé, že niekoľko veľkých poisťovní v súčasnosti ponúka poistné zmluvy zahŕňajúce osobitné doložky, ktoré vylučujú z krytia liečebné náklady súvisiace s vypuknutím epidémie alebo pandémie, prípadne ich kryjú len čiastočne. Podobné trendy uviedli aj konzulárne úrady členských štátov EÚ.

III. Ďalšie kroky

Obraz nie je jednoznačný, pokiaľ ide o efektívnosť súčasnej podmienky uzatvorenia poistenia. Z tejto správy je zrejmé, že chýbajú relevantné a spoľahlivé údaje, na základe ktorých by mohla Komisia plne posúdiť efektívnosť súčasných pravidiel. Sú však k dispozícii obsiahle dôkazy o problémoch, s ktorými sa rôzne subjekty stretávajú pri vykonávaní opatrení, takže už teraz možno vyvodiť tieto závery:

1. Neexistujú žiadne dôkazy, ktoré by naznačovali, že súčasná podmienka uzatvorenia poistenia značne odbremeňuje systémy zdravotnej starostlivosti tým, že zabezpečuje platbu za ošetrenie, pretože problém s neuhradenými faktúrami pretrváva. Okrem toho sa zdá, že vymáhanie neuhradených faktúr z nemocnice je značný problém, a to aj v prípadoch, keď má pacient v čase ošetrenia poistenie.
2. Možno identifikovať tieto nedostatky v spôsobe, akým je nastavená súčasná požiadavka:
    - čas predkladania dokladu (pri podaní žiadosti o vízum),

– široko koncipované, nejasné a pravdepodobne zastarané pravidlá týkajúce sa poistného krytia, v dôsledku čoho je pre pracovníkov konzulárnych úradov ťažké skontrolovať, či je poistenie v súlade s predpismi,

– pri prekročení hraníc EÚ sa nekontroluje, či držiteľ víza skutočne má poistenie.

3. Informácie, ktoré poskytli členské štáty EÚ, naznačujú, že súčasťou problému s neuhradenými faktúrami z nemocnice by mohla byť skutočnosť, že neexistujú rovnocenné požiadavky pre cestujúcich v bezvízovom režime, pretože neexistujú žiadne dôkazy o tom, že štátni príslušníci tretích krajín, na ktorých sa vzťahuje vízová povinnosť, predstavujú v oblasti zdravotnej starostlivosti odlišné problémy než štátni príslušníci tretích krajín, ktorí môžu cestovať do EÚ bez víz.

Mohlo by sa zvážiť viacero možností následných opatrení:

– Akceptovať súčasnú situáciu bez akýchkoľvek skutočných dôkazov o prínosoch pre zdravotnícke systémy napriek známym problémom, ktorým čelia žiadatelia o víza, náročným úlohám, pred ktorými stoja konzulárne úrady, existujúcim štrukturálnym problémom a nedostatku dostupných údajov, ktoré by umožnili posúdiť, či sa podmienka uzatvorenia poistenia skutočne uplatňuje v súlade so zámerom.

– Uznať, že právny základ je zastaraný (vypracovaný pred 17 rokmi) a je potrebné ho zlepšiť, aby sa zabezpečilo, že bude slúžiť zamýšľanému účelu, konkrétne že držitelia víz budú mať počas svojho pobytu primerané poistenie, napríklad vymedzením presných požiadaviek na poistenie, na ktoré by sa museli poisťovatelia výslovne odvolávať vo svojich zmluvách („zaručené minimálne štandardy cestovného zdravotného poistenia v EÚ“). Ustanovenia by mohli zahŕňať štandardné platobné postupy s cieľom zabezpečiť vymáhanie nákladov, možnosť rozšíreného krytia v prípade pobytov po uplynutí platnosti víza v dôsledku dlhšie trvajúcej liečby a možnosť kontinuálneho krytia pre držiteľov víza na viac vstupov (tzv. „pay as you go“). Akási „značka kvality“ by takisto mohla umožniť konzulárnym úradom, aby skontrolovali, či je poistná zmluva predložená žiadateľom o vízum v súlade s požiadavkami právnych predpisov, a to najmä keď budú konania o udelení víza úplne digitalizované.

– Uznať skutočnosť, že so štátnymi príslušníkmi tretích krajín, na ktorých sa vzťahuje vízová povinnosť, a tými, ktorí sú v bezvízovom režime, by sa, pokiaľ ide o poistné krytie počas ich pobytu v EÚ, nemalo zaobchádzať odlišne, a malo by sa zvážiť rozšírenie podmienky uzatvorenia poistenia na cestujúcich v bezvízovom režime a súčasne zabezpečiť, aby sa vo vhodnom čase (t. j. pri uskutočnení cesty) kontrolovalo dodržiavanie požiadaviek.

Na základe tejto správy Komisia plánuje začať štúdiu zameranú na zber ďalších údajov s cieľom získať objasnenie, pokiaľ ide o efektívnosť podmienky uzatvorenia poistenia a možnú potrebu revízie právneho základu.